



1 de abril de 2015

Estimadas Familias de Estudiantes de las EPDC:

En este paquete encontrarán los formularios de matriculación para sus estudiantes para el año escolar 2015/2016. Tenga en cuenta que les solicitamos que devuelvan los formularios completos a la escuela lo antes posible, pero deben hacerlo **antes del 19 de junio de 2015**.

Este es un momento importante para las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC). Durante los últimos años, superamos las expectativas respecto de lo que las escuelas públicas tradicionales podían lograr en Washington D.C. Dejamos atrás a la mitad de los estados en cuanto a progreso en el examen más reciente de la Evaluación Nacional del Progreso Educativo (NAEP) y alcanzamos un máximo histórico en competencias en matemática y artes lingüísticas en inglés en la última prueba DC CAS. En 2014, más de 1,150 estudiantes nuevos se matricularon en las EPDC. Esto marcó un tercer año consecutivo de crecimiento en la matriculación. Este fue el número único más alto de estudiantes nuevos matriculados en 47 años.

Nuestro enfoque en la participación de la comunidad también está mostrando signos de éxito. Durante más de 3 años, las EPDC han trabajado con los residentes del Ward 5 para crear opciones de escuelas que se ajusten a sus necesidades. En 2013, abrimos la Escuela Intermedia McKinley, con un enfoque curricular en los estudios de Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemática (STEM) ubicada en una sección recientemente renovada de la Escuela Secundaria Tecnológica McKinley. Para el próximo año escolar, abriremos la Escuela Intermedia Brookland, un hermoso edificio nuevo construido desde los cimientos y adaptado para un enfoque curricular en arte e idiomas. Hemos introducido la programación de Bachillerato Internacional (IB) en el Campus Educativo Browne y garantizamos opciones de Pre-kínder en Bunker Hill, Burroughs y Noyes. Todo esto se hizo posible mediante una comunidad receptiva que estuvo dispuesta a trabajar junto con las EPDC para descubrir lo que era posible.

El compromiso de nuestra comunidad va más allá del Ward 5. En el emergente vecindario Navy Yard en el Ward 6, las EPDC renovararán y reabrirán la Escuela Primaria Van Ness. Las familias de Navy Yard se han reunido para apoyar el proyecto y prevemos una magnífica apertura este otoño. En el Ward 7, la recientemente renovada escuela River Terrace abrirá sus puertas para prestar servicio a algunos de nuestros estudiantes de educación especial más necesitados en un ámbito nuevo y moderno.

Así que gracias por elegir a las EPDC. No queremos solamente que su familia continúe con las EPDC, queremos que compartan su experiencia con sus amigos, familias y vecinos. Si ha sido una experiencia positiva, ¡compártala e invite a otros a que también se matriculen en las EPDC! Y si su experiencia no ha sido positiva; infórmenos, para que podamos mejorar. Las escuelas del vecindario son las únicas escuelas públicas que pertenecen a la comunidad, y usted tiene voz y voto respecto de cómo su escuela se ve, actúa y opina.

Si tiene preguntas, comuníquese con un especialista en matriculación llamando al (202) 478-5738, o envíe un correo electrónico a enroll@dc.gov. Esperamos tener otro magnífico año juntos.

Atentamente,

Kaya Henderson
Canciller

DCPS speaks your language!

It's our job to meet your language needs through the following services:

- Preferred language parent options included with your child's enrollment forms on the home language survey.
- The enrollment packet includes all documents in English. For translation of all enrollment forms in other languages, please contact your child's school or visit dcps.dc.gov/enroll.
- Language line. We can connect you to a phone interpretation line by simply pointing and showing us your language preference on our "point chart." The language line provides immediate interpretation services. Please contact your child's school to access these services.
- In-person interpretation for important parent meetings.

If you have issues in receiving your language services or have any questions, please contact the Language Acquisition Division at 202-671-0750.

¡Las Escuelas Públicas de DC (EPDC) hablan su idioma!

Nuestro trabajo es satisfacer sus necesidades lingüísticas a través de los siguientes servicios:

- Opciones de los padres sobre su preferencia de idioma en los formularios de inscripción incluidos en la encuesta del idioma materno.
- El paquete de inscripción incluye todos los documentos en inglés. Para las traducciones de todos los formularios de inscripción en otros idiomas, por favor comuníquese con la escuela de su hijo/a o visite dcps.dc.gov/enroll
- La Línea de Idiomas. Podemos comunicarle con la línea telefónica de interpretación con que usted nos señale el idioma que habla en nuestra "tarjeta de idiomas". La línea de idiomas proporciona servicios de interpretación de manera inmediata. Comuníquese con la escuela de su hijo/a para tener acceso a estos servicios.
- Un intérprete en persona para reuniones de padres importantes.

Si tiene algún problema para obtener servicios en su idioma o tiene alguna pregunta, comuníquese con la División de Adquisición de Lenguaje al 202-671-0750.

DCPS parle votre langue !

Il est de notre devoir de satisfaire vos besoins linguistiques au travers des services suivants :

Options de langue préférée dans les formulaires d'inscription de votre enfant et l'enquête sur les langues parlées à la maison.

- Service d'interprétation fourni par les employés. Si l'un de nos employés parle votre langue, il peut faciliter votre visite en traduisant sur place.
- Service d'interprétation par téléphone. S'il n'y a personne pour traduire, nous pouvons vous connecter au service d'interprétation par téléphone en indiquant simplement votre langue préférée sur notre graphique de langues. Vous pouvez ainsi accéder à des services d'interprétation immédiats. Veuillez contacter l'école de votre enfant pour accéder à ces services.
- Traduction des documents importants dans votre langue.
- Interprétation en personne pour les réunions importantes avec les parents.

Si nous ne satisfaisons pas vos droits, n'hésitez pas de nous le rappeler ! Vous pouvez :

- Montrer une carte « Je parle » délivrée par le gouvernement à un employé de DCPS. Cela nous permet de connaître votre langue préférée et de savoir que nous devons vous aider.
- Sélectionnez votre langue dans le graphique de langues et utilisez le service d'interprétation par téléphone pour effectuer une traduction sur place ou d'autres demandes (par ex., la traduction de documents ou l'interprétation en personne).

Si vous rencontrez des problèmes pour recevoir vos services linguistiques ou si vous avez des questions, veuillez contacter la Division de l'acquisition des langues au 202-671-0750.

华府公立学校讲述您的语言!

通过以下服务满足您的语言需求是我们的工作:

- 您孩子的注册表和**家庭语言调查表**上家长的首选语言选项。
- 注册信息包含有**英文版**的所有文件。想要获得所有注册表格的其他语言的翻译件, 请联系您孩子的学校或访问 dcps.dc.gov/enroll。
- **语言热线 (Language Line)**。您只需在“**语言指认表 (Point Chart)**”上指出和向我们显示您的首选语言, 我们便将您与翻译热线连接。语言热线提供同声翻译服务。请与您孩子的学校联系以使用这些服务。
- 为重要的家长会提供面对面的翻译服务。

如果您在接受语言服务的过程中遇到困难或有任何疑问, 请致电202-671-0750联系语言习得处 (Language Acquisition Division)。

ዲስፒኬሽን ቋንቋዎን ይናገራል!

በሚከተሉት አገልግሎቶች አማካይነት የቋንቋ ፍላጎቶችዎን ማርካት ተግባራችን ነው፤

- በልጅዎ የምዝገባ ቅጽ ላይ እና በቤት ስለሚገነባ ቋንቋ አስፋ መጠይቅ ላይ ተካቶ በቀረበው በሚመርጡት የወላጅ የቋንቋ አማራጭ።
- የምዝገባው አቃፊ መረጃዎቹን ሁሉ በእንገሊዘኛ ቋንቋ ያቀርባል። የሌሎች መመዘገቢያ ቅጾች መረጃዎች ትርጉሞችን ሁሉ ለማግኘት እባክዎን dcps.dc.gov/enroll ን ይቃኙ።
- የኢንተርኔት የቋንቋ አገልግሎት (Language line). ምርጫዎ የሆነው ቋንቋ በ “point chart” (አመልካች ሠሌዳችን) ላይ ጠቁሞ በማመልከት በቀላሉ በስልክ በሚካሄድ የትርጉም አገልግሎት ጋር እናገናኝዎታለን። የኢንተርኔት የቋንቋ አገልግሎት (Language line) ፈጣን የሆነ የትርጉም አገልግሎቶች ይሰጣል። በእነዚህ አገልግሎቶች ለመጠቀም እባክዎን የልጅዎን ትምህርት ቤት ያነጋግሩ።
- በጣም ጠቃሚ በሆኑ የወላጅ ስብሰባዎች ላይ በአካል ተገኝተን የትርጉም አገልግሎት እንሰጣለን።

በቋንቋዎ አማካኝነት አገልግሎቶች የማግኘት ችግር ከገጠምዎት ወይንም የሆኑ ጥያቄዎች ካሉዎት፣ እባክዎን Language Acquisition Division (የቋንቋ ትምህርት ዋና ክፍልን) በ 202-671-0750 ደውለው ያነጋግሩ።

DCPS nói ngôn ngữ của quý vị!

Đây là công việc của chúng tôi để đáp ứng với nhu cầu ngôn ngữ của quý vị qua các dịch vụ sau đây:

- Phụ huynh được tùy ý chọn ngôn ngữ muốn sử dụng trong bản thăm dò ngôn ngữ dùng ở nhà, có trong tập đơn ghi tên học cho con em.
- Tập đơn ghi tên học cho con em bằng tiếng Anh. Xin liên lạc với trường học con em để có bản dịch tất cả các mẫu đơn ghi tên học bằng các ngôn ngữ khác hoặc vào trang mạng dcps.dc.gov/enroll.
- Đường dây Ngôn ngữ. Chúng tôi có thể kết nối quý vị với đường dây điện thoại thông dịch bằng cách đơn giản là chỉ vào bảng “chỉ tay” cho chúng tôi biết được ngôn ngữ quý vị muốn sử dụng. Đường dây điện thoại ngôn ngữ sẽ cung ứng các dịch vụ dịch thuật ngay lập tức cho quý vị. Xin liên lạc với trường học con em để sử dụng dịch vụ này.
- Có thông dịch viên trực tiếp cho quý vị trong các buổi họp phụ huynh quan trọng.

Trường học quý vị có vấn đề gì trong việc yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc có bất kỳ câu hỏi nào, xin liên lạc với Ban Lãnh Hội Ngôn Ngữ (Language Acquisition Division), số 202-671-0750.



Lista de matrícula del estudiante

¡Bienvenido al Año Escolar 2015-2016!

- Estos formularios han sido impresos para que incluyan la información de matrícula de su hijo(a) que actualmente se encuentra en el expediente. Si dicha información ha cambiado o es incorrecta, haga los cambios directamente en el formulario y revíselos con el secretario de su escuela.
- Puede encontrar todos los documentos en Internet en www.dcps.dc.gov/enroll. (Hay traducciones disponibles en español, francés, chino, vietnamita y amárico)
- Para obtener una lista de las opciones de escuelas remitentes que le ayude a identificar la nueva escuela de su hijo(a), visite www.dcps.dc.gov/enroll.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar su paquete de matriculación, no dude en comunicarse directamente con la escuela de su hijo(a) o con la Oficina de Matriculación Estudiantil y Financiamiento Escolar al: 202-478-5738.

<p>Estudiantes de las EPDC que regresan al sistema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de Matriculación Anual del Estudiante • Encuesta de idiomas que se hablan en el hogar • Formularios de consentimiento <ul style="list-style-type: none"> ○ Exención de Responsabilidad para los Medios de Comunicación (Todos los estudiantes, Obligatorio) ○ Formulario de Denegación al Reclutamiento Militar (estudiantes de 7^{mo}-12^{vo} grado ÚNICAMENTE, Opcional) • Formulario del Certificado Universal de Salud del DC • Formulario de Evaluación de Salud Bucal del DC
<p>Estudiantes NUEVOS al sistema de las EPDC</p>	<p>Todos los formularios para los estudiantes de las EPDC que regresan y un documento que constate la edad :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento • Historia clínica • Expedientes escolares anteriores • Pasaporte • Certificado de Bautismo
<p>Información adicional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Directrices de Verificación de Residencia en el DC • Instrucciones del Certificado Universal de Salud del DC • Salud Escolar y Requisitos de Vacunación de las EPDC • Notificación de la Ley FERPA • Notificación de la Solicitud para recibir Comidas Gratuitas y a Precio Reducido (siglas en inglés, FARM)



Normas de Verificación de Residencia

LISTA DE COMPROBANTES DE RESIDENCIA ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes, **NO VENCIDOS**

- Se requiere que los padres de familia/tutores anualmente verifiquen residencia en DC cuando matriculan a su estudiante.
- Los padres de familia/tutores pueden presentar un documento de la Lista A o dos documentos de la Lista B a fin de comprobar residencia en el DC.
- Los padres de familia/tutores deben proporcionar documentos originales a los funcionarios escolares y los documentos deben estar a nombre del padre/tutor que matricula al estudiante. **La ley del DC les exige a los funcionarios escolares fotocopiar los documentos de residencia para los fines de auditoría.**
- Los funcionarios escolares proporcionarán a los padres de familia un formulario adicional de verificación de residencia para que lo completen al momento de la matriculación. Este documento debe estar firmado por el mismo padre de familia/tutor que realiza la matriculación y cuyo nombre consta en los documentos de residencia.

Lista A	Lista B
Uno de los siguientes comprobantes que indique el nombre y la dirección del padre de familia/tutor que efectúa la matriculación será suficiente para comprobar residencia en el Distrito de Columbia:	Dos de los siguientes comprobantes que indiquen el nombre y la dirección del padre de familia/tutor que efectúa la matriculación serán suficientes para comprobar residencia en el Distrito de Columbia. El nombre y la dirección deben aparecer en <u>ambos</u> documentos.
Un recibo de pago emitido dentro de los últimos 45 días, con su dirección en el DC y prueba de pago de impuestos en el DC	Registro del vehículo en el DC no vencido
Notificación de beneficios anuales del Ingreso de Seguridad Complementario (Seguro Social)	
Carta de Verificación y Órdenes de Vivienda Militar; o declaración DEERS (Sistema de Informes de Elegibilidad de Inscripción de la Defensa)	Permiso (licencia) para conducir un vehículo en DC no vencido o identificación oficial que no sea el permiso para conducir
Una carta de la embajada que indique vivienda en el DC patrocinada por la embajada con el sello de la embajada	
Prueba de ayuda financiera del Gobierno del DC	
Una copia del formulario D-40 certificada por el formulario de la Oficina de Impuestos y Rentas del DC	Contrato de alquiler o renta no vencido <u>con</u> recibo de pago hecho dentro de los últimos dos meses
Prueba de que el/la niño(a) está bajo la tutela del Distrito de Columbia, en la forma de una Orden Judicial	Una factura de servicios públicos (únicamente se aceptan facturas de gas, electricidad y agua) <u>con</u> recibo de pago hecho dentro de los últimos dos meses.

Para hacer preguntas y obtener orientación, llame a la Oficina de Matriculación Estudiantil y Financiamiento Escolar al 202-478-5738.



FORMULARIO DE MATRICULACION ANUAL DEL ESTUDIANTE

Año Escolar 2015-2016

(Escriba toda la información en letra de imprenta)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE						
Apellido		Nombre		Segundo nombre	Identificación (ID) del estudiante	
Denominación étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino		Raza (elijá una o más opciones) <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Otro Isleño <input type="checkbox"/> Blanco			Fecha de nacimiento (Día/mes/año) / /	
Dirección		Dpto. No.	Número de teléfono de la casa ()			
Ciudad		Estado	Código Postal	¿Tiene su hijo(a) un PEI actual para recibir servicios de Educación Especial o del plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nivel de grado del próximo año escolar (15-16). Haga un círculo en una opción. PK3 PK4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		Escuela actual (2014-2015): _____ Ciudad _____ Estado _____ Fechas en las que asistió (mes/año): Desde: ____ / ____ Hasta: ____ / ____ El estudiante asistirá a otra escuela el próximo año escolar (2015-2016) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marca el casillero que dice sí, complete los espacios abajo.				

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE DE FAMILIA/TUTOR					
Padre de familia/tutor que matricula al estudiante:		Relación	Otro Padre de familia/tutor		Relación
Dirección		Dpto. No.	Dirección		Dpto. No.
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de correo electrónico			Dirección de correo electrónico		
Número de teléfono principal ()		Número de teléfono secundario ()	Número de teléfono principal ()		Número de teléfono secundario ()
Me gustaría recibir correos electrónicos en esta dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> Padre de familia/tutor que matricula al niño(a) <input type="checkbox"/> Otro padre de familia/tutor <input type="checkbox"/> Ninguno					
Me gustaría recibir mensajes de texto en este número: <input type="checkbox"/> Padre de familia/tutor que matricula al estudiante <input type="checkbox"/> Otro padre de familia/tutor <input type="checkbox"/> Ninguno					

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA (Que no sea el Padre de familia/tutor)					
Nombre		Relación	Número de contacto ()		
Dirección		Dpto. No.	Ciudad	Estado	Código Postal

ESTADO DE LA VIVIENDA (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)					
<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Hotel/Motel	<input type="checkbox"/> Vivienda compartida	<input type="checkbox"/> A la espera de cuidado de crianza		
<input type="checkbox"/> Refugio	<input type="checkbox"/> A la intemperie	<input type="checkbox"/> En cuidado de crianza	<input type="checkbox"/> Menor sin tutor legal		

Las EPDC consienten en que los datos/información proporcionadas en el Formulario de Matriculación del Estudiante se mantendrán en confidencialidad y se usarán únicamente para asuntos legítimos de las EPDC. He completado este formulario y certifico que la información incluida arriba es correcta. Entiendo que proporcionar información falsa con la intención de estafar al gobierno es punible por la ley. El formulario no se debe firmar antes del 1 de abril. La información incluida en este formulario se debe aplicar de manera sistemática a toda la documentación de matriculación.

Firma del Padre de Familia/tutor que matricula al estudiante

Fecha



DCPS Home Language Survey (HLS) Form

Complete this Home Language Survey at the Student's initial enrollment in a DC Public School.

This form must be signed and dated by the Parent or Guardian. This form must be kept in the student's file.

School: _____	Student ID #: _____
Student's Last Name: _____	Student's First Name _____

<p>English</p> <p>1. Is a language other than English spoken in your home? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ (specify language)</p> <p>2. Does your child communicate in a language other than English? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ (specify language)</p> <p>3. What is your relationship to the child? <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other (specify) _____</p> <p>If the answer to question 1 or 2 is "Yes", the law requires your child's English language proficiency to be assessed.</p>	<p style="text-align: center;">REGISTRAR PROCESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • If a parent/guardian does not speak English and your school does not have staff that speaks the parent/guardian's language, please use the Language Line for communication. • If the HLS indicates a language other than English is spoken in the home, give the family the Referral Letter and refer the family to the Intake Center for assessment and orientation.
--	--

Español (Spanish)

1. ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa?
 No Sí _____ (idioma)

2. ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés?
 No Sí _____ (idioma)

3. ¿Cuál es su relación con el estudiante?
 Padre Madre Guardián Otro (especifique) _____

Si la respuesta a la pregunta 1 ó 2 es "Sí", la ley requiere que se evalúe la fluidez de su hijo/a en el idioma inglés.

Français (French)

1. Parlez-vous une langue autre que l'anglais à la maison ?
 Non Oui _____ (spécifiez la langue)

2. Votre enfant communique-t-il dans une langue autre que l'anglais ?
 Non Oui _____ (spécifiez la langue)

3. Quel est votre relation avec l'enfant ?
 Père Mère Tuteur Autre (spécifiez) _____

Si la réponse à la question 1 ou 2 est "Oui", la loi exige que les compétences de votre enfant en anglais soit évaluées.

中文 (Chinese)

1. 您家庭中是否使用不是英语的另外一种语言?
 否 是 _____ (请指明语言)

2. 您的孩子会使用不是英语的另一种语言交流吗?
 不会 会 _____ (请指明语言)

3. 您和孩子的关系是什么?
 父亲 母亲 监护人 其它(请指明) _____

如果第一或第二项问题的答案为“是”，法律要求评估您孩子的英语熟练能力。

Tiếng Việt (Vietnamese)

1. Có ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh được nói ở nhà quý vị không?
 Không Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào)

2. Con em quý vị có nói một ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không?
 Không Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào)

3. Xin cho biết liên hệ của quý vị với con em?
 Cha Mẹ Giám hộ Liên hệ khác (xin ghi rõ)

Nếu trả lời của câu hỏi 1 hoặc 2 là "Có", luật lệ đòi hỏi con em quý vị phải được thăm định trình độ thông thạo Anh ngữ.

አማርኛ (Amharic)

1. በቤትዎ ውስጥ ከእንግሊዘኛ ሌላ ቋንቋ ቋንቋ አለ?
 የለም አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)

2. ልጅዎ ከእንግሊዘኛ ሌላ ቋንቋ ቋንቋ ቋንቋ አለ?
 የለም አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)

3. ልጅዎ ያለው ገምግም ምን ዓይነት ነው?
 አባት አናት አሳዳጊ ሌላ _____ (ይግለጹ)

ስፕሮቱ 1 ወይም 2 መልስዎ "አዎን" ከሆነ፣ የልጅዎ የእንግሊዘኛ ቋንቋ ቅስፕፍና ትሎታው ደረጃ እንዲገምገም ህጉ ይዘሰጣል።

School Official's Comments:



Consentimiento y exención de responsabilidad para que los estudiantes sean filmados/fotografiados/entrevistados y para el uso de su imagen/voz

Yo, _____ por medio de la presente irrevocablemente otorgo a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) y al Distrito de Columbia, sus sucesores y sus cesionarios el derecho a grabar la imagen y/o la voz y a usar el material gráfico y/o el material escrito de mi hijo(a), _____, en cinta de video, en películas, en fotografías, en medios de comunicación digital y en cualquier otra forma de medios electrónicos o impresión y a editar dichas grabaciones a su discreción.

Entiendo que no se hará público el nombre completo de mi hijo(a) ni su dirección e información biográfica. Yo también otorgo a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) y al Distrito de Columbia, sus sucesores y sus cesionarios el derecho a usar y a permitir a otros el uso de, la imagen y/o la voz de mi hijo(a) en Internet, en folletos y en cualquier otro medio, y por la presente doy mi consentimiento para dicho uso.

Por la presente eximo a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) y al Distrito de Columbia, sus sucesores y sus cesionarios y a cualquier otra persona que use la imagen y/o la voz de mi hijo(a), material gráfico y/o trabajo escrito conforme a esta exención de cualquiera y de todos los reclamos, daños y perjuicios, responsabilidades, costos y gastos que yo o mi hijo tenemos actualmente o podamos tener debido a cualquier uso del mismo.

Entiendo que las disposiciones de esta exención son legalmente vinculantes. (Marque una opción) Doy mi consentimiento. No doy mi consentimiento.

Nombre del Padre de familia/tutor [En letra de imprenta]

Firma del Padre/Tutor Legal o Estudiante (si es adulto) y Fecha

Derecho a decidir no divulgar información a reclutadores militares (Estudiantes en 7^{mo} a 12^{vo} grado)

Las leyes federales requieren que las agencias de educación local (LEAs) como las EPDC proporcionen a los reclutadores militares, cuando lo soliciten, el nombre, la dirección y el número de teléfono de todos los estudiantes de escuela secundaria a menos que el padre de familia/tutor legal del estudiante (o el estudiante si es adulto) haya informado a la LEA por escrito que él/ella no quiere que la información del estudiante se divulgue sin su consentimiento previo por escrito. Dicho aviso por parte del padre de familia/tutor legal (o estudiante adulto) debe tener lugar dentro de los 30 días a partir de la notificación de estos derechos y puede llevarse a cabo si selecciona una de las opciones apropiadas abajo, firma este formulario y lo devuelve a las EPDC.

____ Como padre/tutor legal del niño(a) que se menciona a continuación, solicito que las EPDC no divulguen el nombre, la dirección y el número de teléfono de mi hijo(a) a los Servicios Armados, reclutadores militares, academias de servicios o escuelas militares a menos que yo por separado dé mi consentimiento por escrito para dicha divulgación.

____ Como estudiante adulto (que ha cumplido los 18 años de edad), solicito que las EPDC no divulguen mi nombre, dirección y número de teléfono a los Servicios Armados, reclutadores militares, academias de servicios o escuelas militares a menos que yo por separado dé mi consentimiento por escrito para dicha divulgación.

Nombre del estudiante en letra de imprenta

Firma del Padre de familia/Tutor Legal o Estudiante (si es adulto) y Fecha

Aviso contra la Discriminación: De conformidad con las leyes estatales y federales, las Escuelas Públicas de Distrito de Columbia no discriminan en base a una característica real o percibida tal como raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, identidad o expresión de género, situación familiar, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, información genética, discapacidad, fuente de ingreso, estado de víctima de delito intrafamiliar, o lugar de residencia o negocio. Para ver el texto completo y obtener más información, visite <http://dcps.dc.gov/DCPS/About+DCPS/Human+Resources/Notice-of+Non-Discrimination>.



Notificación de derechos bajo la Ley FERPA

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) proporciona a los padres de familia y estudiantes de 18 años de edad o mayores (“estudiantes elegibles”) ciertos derechos sobre los expedientes educativos del estudiante.

(1) Derecho a inspeccionar y revisar el expediente educativo del estudiante dentro de 45 días a partir del día en que las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) reciben una solicitud de acceso. Los padres de familia o los estudiantes elegibles deben presentar al director de la escuela una solicitud escrita que identifique el/los expediente(s) que desean inspeccionar. El director(a) de la escuela u otro funcionario escolar pertinente harán los arreglos para dicho acceso y notificará al padre de familia o al estudiante elegible acerca de la hora y el lugar donde puede inspeccionar el expediente.

(2) Derecho a solicitar enmienda de los expedientes educativos del estudiante que el padre de familia o el estudiante elegible cree que es inexacto, erróneo o que de otro modo viola los derechos de privacidad del estudiante bajo FERPA. Los padres de familia o estudiantes elegibles pueden escribir al director de la escuela, identificar con claridad la parte del expediente que desea que cambie, y especificar el motivo por el cual debería ser cambiado. Si las EPDC deciden no enmendar el expediente según lo solicitado por el padre de familia o el estudiante elegible, la escuela notificará al padre de familia o al estudiante elegible acerca de su decisión y le informará sobre su derecho a una audiencia concerniente a la solicitud de enmienda. Se le proporcionará al padre de familia o al estudiante elegible información adicional concerniente a los procedimientos de la audiencia cuando se le notifique el derecho a la misma.

(3) Derecho a dar consentimiento (por escrito) para la divulgación de la información de identificación personal contenida en el expediente educativo del estudiante, en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento. Por ejemplo, FERPA autoriza la divulgación sin consentimiento a funcionarios escolares que las EPDC han determinado que tienen intereses educativos legítimos. Un funcionario escolar es una persona empleada por las EPDC como administrador, supervisor, profesor o miembro del personal de apoyo (incluyendo al personal de salud o médico y al personal de la unidad de policía); una persona o compañía con la cual las EPDC han celebrado un contrato para que realice una tarea especial (tal como un abogado, auditor, asesor médico o terapeuta); un funcionario de otro sistema escolar donde el estudiante busca o tiene planeado matricularse, o donde el estudiante ya está matriculado; o un padre de familia, estudiante u otro voluntario que presta servicio en un comité oficial, tal como un comité disciplinario o de quejas o, que ayuda a otro funcionario escolar en el desempeño de sus tareas. Un funcionario escolar tiene un interés educativo legítimo si dicho funcionario necesita revisar un expediente educativo a fin de cumplir con su responsabilidad profesional.

(4) Derecho a retener información del directorio. Las EPDC, a su discreción, pueden divulgar “información del directorio” básica que por lo general no se considera como perjudicial o como una invasión a la privacidad sin el consentimiento de los padres de familia o de los estudiantes elegibles de conformidad con las disposiciones de la ley del Distrito y de FERPA. La información del directorio incluye:

- | | |
|---|--|
| A. Nombre del estudiante | F. Peso y altura de los miembros de equipos de atletismo |
| B. Dirección del estudiante | G. Diplomas y premios recibidos |
| C. Listado telefónico del estudiante | H. Fecha y lugar de nacimiento del estudiante |
| D. Nombre de la escuela a la que asiste | I. Nombres de las escuelas a las que asistió anteriormente |
| E. Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos | J. Fechas en las que asistió a las mismas |

Los padres de familia o los estudiantes elegibles pueden ordenar a las EPDC que retengan parte o toda la información que se identificó arriba (i) completando el Formulario de “Divulgación de Información del Directorio Estudiantil” (también disponible en www.dcps.dc.gov/enroll o en su escuela local).



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

(5) Derecho a presentar una demanda con el Departamento de Educación de los EE. UU. concerniente a un presunto incumplimiento de los requisitos de FERPA por parte de las EPDC. El nombre y la dirección de la oficina que administra la Ley FERPA es: Oficina de Cumplimiento de las Políticas de la Familia (Family Policy Compliance Office), Departamento de Educación de los EE. UU., 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Notificación de Derechos bajo la Enmienda de Protección de los Derechos del Alumno (PPRA)

Este aviso informa a los padres de familia/guardianes y estudiantes elegibles (menores de edad emancipados o de 18 años de edad en adelante) de sus derechos en lo que respecta a la realización de encuestas, la recopilación y el uso de información para los fines de publicidad y a la realización de determinados exámenes físicos. Estos derechos se encuentran detallados en la *Enmienda de Protección de los Derechos de los Alumnos* (20 U.S.C. § 1232h; 34 CFR Parte 98). La ley y los reglamentos requieren que las instituciones educativas, como las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) notifiquen a los padres de familia y a los estudiantes elegibles respecto de su derecho a:

1. *Dar su consentimiento* antes que se requiera a los estudiantes realizar una encuesta que aborde una o más de las siguientes áreas protegidas (“encuesta sobre información protegida”) si la encuesta es financiada en su totalidad o en parte por un programa del Departamento de Educación de los EE. UU. (USDE):
 - Afiliaciones políticas o creencias del estudiante o del padre del estudiante;
 - Problemas mentales o psicológicos del estudiante o de la familia del estudiante;
 - Conductas o actitudes sexuales;
 - Conducta ilícita, antisocial, auto-incriminante o degradante;
 - Evaluaciones críticas de otras personas con quienes los encuestados tienen una relación familiar cercana;
 - Relaciones confidenciales legalmente reconocidas, tales como con abogados, médicos o ministros;
 - Prácticas, afiliaciones o creencias religiosas del estudiante o de sus padres; e
 - Ingresos, que no sean los requeridos por ley para determinar la elegibilidad para el programa.

2. *Recibir una notificación y la oportunidad de que un estudiante opte por no participar en:*
 - Cualquier encuesta sobre información protegida, independientemente del financiamiento;
 - Cualquier evaluación física o examen de detección de rutina requerido como una condición para la asistencia administrado por la escuela o sus agentes y que no sea necesario para proteger la salud y la seguridad inmediatas de un alumno, con excepción de los exámenes auditivos, visuales o de escoliosis, o cualquier evaluación física o de detección permitida o requerida bajo la ley estatal; y
 - Cualquier actividad que involucre la recopilación, la divulgación o el uso de información personal recopilada de los estudiantes para publicidad, para vender o de otro modo distribuir la información a otros. (Esto no se aplica a la recopilación, divulgación o uso de información personal recopilada de los estudiantes para los fines exclusivos de desarrollar, evaluar o proporcionar productos o servicios educativos para, o a, estudiantes o instituciones educativas).

3. *Recibir una notificación* sobre el derecho del padre de familia a inspeccionar, o a usar, cuando lo solicite y ante la administración:
 - Encuestas de información protegida de los estudiantes y encuestas creadas por un tercero;
 - Instrumentos utilizados para recopilar información personal de los estudiantes para alguno de los fines que se detallan arriba de publicidad, ventas u otra distribución; y
 - Material de enseñanza utilizado como parte del currículo educativo.

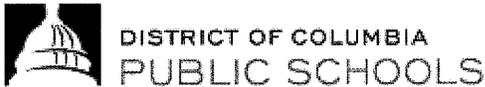
Las EPDC han desarrollado y adoptado políticas concernientes a estos derechos, así como también adaptaciones para proteger la privacidad del estudiante en la administración de encuestas protegidas y en la recopilación, la divulgación o el uso de información personal para los fines de publicidad, ventas u otra distribución. Además, las EPDC proporcionan acceso público a su Calendario de Encuestas, el cual notifica a los padres de familia y estudiantes elegibles, al inicio de cada año escolar y con regularidad, respecto de las fechas específicas o aproximadas de las siguientes actividades (junto con la oportunidad de que un estudiante opte por no participar en la actividad)

- Recopilación, divulgación, o uso de información personal para publicidad, ventas, u otra distribución;
- Administración de cualquier encuesta sobre información protegida no financiada en su totalidad o en parte por la USDE; y
- Cualquier evaluación física o examen de detección de rutina, invasivo según se detalló arriba.

Puede acceder a las políticas de las EPDC relacionadas con los derechos de la PPRA, así como también al Calendario de Encuestas, visitando el siguiente sitio web: <http://dcps.dc.gov/DCPS/About+DCPS/Contact+Us/Research+Request/Research+Requests>. Además, los padres de familia/tutores y estudiantes elegibles también pueden ponerse en contacto con la escuela de su vecindario para obtener las políticas de las EPDC relacionadas con los derechos de la PPRA y el Calendario de Encuestas.

Los padres de familia/tutores y estudiantes elegibles que creen que sus derechos han sido violados pueden presentar una demanda con la:

Oficina de Cumplimiento de las Políticas de la Familia (Family Policy Compliance Office)
Departamento de Educación de los EE. UU.
400 Maryland Avenue, SW
Washington DC 20202-4605



Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición (OFNS)

Comidas escolares, Alergias a alimentos y Costo de las comidas

Acerca de las comidas escolares

- El **desayuno escolar, las meriendas (snacks) y comidas después del horario escolar** son **absolutamente gratuitos** para TODOS los estudiantes de las EPDC.
- Para el año escolar 2015-16, aproximadamente 75 escuelas serán acreditadas por la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (Community Eligibility Provision, CEP), la cual permite que todos los niños en dichas escuelas reciban almuerzos gratuitos.
- Para los niños matriculados en todas las demás escuelas de las EPDC **se debe completar** una Solicitud de Comidas Gratuitas y a Precio Reducido (FARM) **aún si desea rechazar este beneficio.**
- ¿No está seguro(a) si la escuela de su hijo(a) es una escuela que ofrece almuerzo gratuito? Consulte en Internet en dcps.dc.gov/enroll

Solicitudes de comidas gratuitas y a precio reducido (FARM, siglas en inglés)

- Las **Solicitudes FARM para el año 2015-16 estarán disponibles a fines de junio de 2015, y no se pueden presentar antes del 1 de julio de 2015.**
- Las solicitudes estarán disponibles en la oficina principal de cada escuela elegible y en Internet en varios idiomas **después del 1 de julio de 2015.**
- Durante todo el año se enviará más información. Estamos dispuestos a responder cualquier pregunta por correo electrónico en food.dcps@dc.gov, o por teléfono al (202) 442-5112.

Alergias y adaptaciones alimentarias

Las EPDC reconocen que es posible que los estudiantes tengan necesidades alimentarias importantes y variadas. El "Formulario para Estudiantes con Necesidades Alimentarias Especiales" permite que los padres de familia/tutores notifiquen a las escuelas sobre las necesidades alimentarias de sus hijos(as). **Tenga en cuenta que este formulario se debe completar cada año escolar dado que las necesidades alimentarias cambian con el tiempo.**

Pasos para usar el Formulario para Estudiantes con Necesidades Alimentarias Especiales:

1. **Este formulario requiere la firma de un proveedor de atención médica acreditado** (con excepción de los casos de intolerancia a la lactosa lo cual solo requiere la firma del padre de familia/tutor).
2. **Los formularios deben estar 100% completos y se deben devolver a la enfermera de su escuela a fin de que se lleven a cabo las adaptaciones correspondientes.**
3. La enfermera escolar informará al personal escolar y a la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición sobre las necesidades del estudiante a fin de garantizar su seguridad en todo momento.

Puede encontrar el "Formulario de Estudiantes con Necesidades Alimentarias Especiales" y la "Solicitud de Adaptaciones Alimentarias por Motivos Religiosos/Filosóficos" en Internet en: dcps.dc.gov/enroll.

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición en: food.dcps@dc.gov, (202) 442-5112, o en dcps.dc.gov/enroll.


Requisitos de la salud escolar, Año Escolar 2015-2016

Entregue los siguientes formularios al Secretario en la escuela de su hijo (a) cuando le matricule. La ley del DC requiere que todos los estudiantes tengan sus vacunas al día para asistir a la escuela. La ley del DC también requiere el Certificado Universal de Salud y la Evaluación de Salud Bucal para los niños que se matriculan en todos los grados.

Formulario	Descripción	Obligatorio	Notas
Certificado Universal de Salud	Formulario de dos páginas e instrucciones de dos páginas para su proveedor de atención médica	Estudiantes que se matriculan en todos los grados (Pre-Kínder de 3 años a 12 ^{vo} grado).	<p>Haga que el médico de su hijo(a) o enfermera profesional complete el Certificado Universal de Salud.</p> <p>En el Certificado Universal de Salud deben constar las vacunas, la prueba de detección de tuberculosis (TB), y el examen físico completo realizado dentro de los 365 días a partir del inicio de clases. Todos los niños menores de 6 años de edad deben someterse dos veces a la prueba de detección de plomo en la sangre. Se debe realizar dicha prueba, independientemente del riesgo de exposición y la misma debe constar en el Certificado Universal de Salud.</p> <p>Si su hijo(a) participa en deportes, el Certificado Universal de Salud caducará a los 365 días a partir de la fecha del examen que se constató en el formulario. A fin de seguir calificando para las actividades deportivas, debe presentar un Certificado Universal de Salud a la escuela cuando se realiza un nuevo examen físico.</p> <p>(¿Necesita un seguro médico? Es posible que califique para Medicaid o un seguro médico subsidiado. Para obtener más información visite https://dchealthlink.com. ¿Necesita ayuda para encontrar un médico? Comuníquese con los Servicios para Miembros de su plan de salud al número que se encuentra impreso al dorso de su tarjeta de seguro médico).</p>
Documentación de vacunación	Las vacunas acordes a cada edad deben constar en el Certificado Universal de Salud. Se incluye un folleto de una-página de las vacunas obligatorias.	Estudiantes que se matriculan en todos los grados (Pre-Kínder de 3 años a 12 ^{vo} grado). Después de 10 días de clases, los estudiantes que no han presentado sus vacunas serán excluidos de clases y supervisados por separado.	<p>Sírvase concertar a la brevedad una cita con el médico de su hijo(a) si las vacunas del mismo no están al día. Algunas vacunas requieren más de una dosis con visitas adicionales.</p> <p>Si tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación del DC, por favor converse acerca de los mismos con el médico de su hijo(a). También puede ponerse en contacto con la División de Vacunación del Departamento de Salud del DC llamando al (202) -576-9325.</p>
Formulario de Evaluación de Salud Bucal	Una página	Estudiantes que se matriculan en todos los grados (Pre-Kínder de 3 años a 12 ^{vo} grado).	<p>Haga que el dentista de su hijo(a) complete este formulario.</p> <p>(¿Necesita seguro dental? Es posible que califique para Medicaid o un seguro médico subsidiado. Para obtener más información visite https://dchealthlink.com).</p> <p>(¿Tiene Medicaid, pero necesita ayuda para encontrar a un proveedor de servicios dentales o para concertar una cita? Llame al 1-866-758-6807 o visite http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html)</p>
Prescripción de medicamentos	Hay formularios obligatorios para que la escuela cumpla con las necesidades de medicamentos o de intervención médica de su hijo(a). Puede obtener estos formularios con la enfermera de su escuela o en Internet en: www.dcps.dc.gov	Estudiantes que necesitan medicación o intervención médica durante el día escolar para el asma, alergias, diabetes, convulsiones u otras condiciones médicas. Si esto se aplica a su hijo(a) hable con su director y con la enfermera sobre la salud física o la condición de salud conductual de su hijo(a) y los requisitos de intervención.	<p>Para asegurarse que se cumplan las necesidades de medicación de su hijo(a) mientras se encuentra en la escuela, consulte <i>Cómo cumplir con las necesidades de medicación y de tratamiento de su hijo(a) en la escuela</i>, para obtener información detallada al respecto. Puede encontrarlo en http://tinyurl.com/qhjbhms.</p> <p>Siempre que sea posible, suministre los medicamentos en el hogar. Si su hijo(a) necesita tomar medicamentos o necesita tratamiento médico durante el horario escolar, haga que su proveedor médico complete los formularios correspondientes; como el Formulario de Autorización para Recibir Medicamentos y Tratamiento, el Plan de Acción para el Asma y el Plan de Acción para Anafilaxia. Puede obtener estos formularios en el sitio web de las EPDC en http://tinyurl.com/qzjsu6t y con la enfermera de su escuela. Si tiene alguna pregunta sobre qué formulario necesita para su hijo(a), hable con la enfermera de su escuela. Los estudiantes a quienes se les permite auto-administrarse medicamentos para el asma, anafilaxia o diabetes mientras están en la escuela también deben tener un plan de acción de medicación firmado por el padre de familia o guardián y el médico del estudiante.</p> <p>Si su hijo(a) necesita una adaptación alimentaria, su proveedor médico también debe completar el Formulario de Necesidades Alimentarias Especiales. Este formulario está disponible en el sitio web de las EPDC en http://tinyurl.com/o86b53t.</p>



Requisitos de Vacunación del Distrito de Columbia¹

Año Escolar 2015 -2016



Todos los estudiantes que asisten a la escuela en el Distrito de Columbia deben presentar un certificado de vacunación con las dosis correspondientes el primer día de clases.

(Spanish)

Niños de 2 años de edad o más
Preescolar o Head Start

- 4 Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
- 3 Poliomielitis
- 1 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad²
- 1 Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)³ Hepatitis B
- 2 Hepatitis A
- 3 o 4 Hib (Haemophilus Influenza Tipo B)³
- 4 PCV (Neumocócica)

Estudiantes de 4 años de edad
Pre-Kínder

- 5 Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
- 4 Poliomielitis
- 2 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad²
- 2 Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)
- 3 Hepatitis B
- 2 Hepatitis A
- 3 o 4 Hib (Haemophilus Influenza Tipo B)³
- 4 PCV (Neumocócica)

Estudiantes de 5 a 10 años de
Kínder hasta Quinto grado

- 5 Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
- 4 Poliomielitis
- 2 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad²
- 2 Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)
- 3 Hepatitis B
- 2 Hepatitis A (si nació el 01/01/05 o después de esa fecha)

Estudiantes de 11 años de edad o más que ingresan a
Sexto a Doceavo Grado

- 5 Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP/Td)
- 1 Tdap
- 4 Poliomielitis
- 2 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad²
- 2 Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)
- 3 Hepatitis B
- 1 Meningocócica
- 3 Vacuna contra el virus del Papiloma Humano (HPV); estudiantes en 6^{to} a 12^{vo} grado o bien los padres de familia pueden firmar un formulario de denegación a la vacuna, el cual está disponible en www.doh.dc.gov

¹ En todas las edades y grados el número de dosis requeridas varía según la edad del niño(a) y de cuánto tiempo hace que fue vacunado(a). Consulte con la enfermera de la escuela de su hijo(a) o con un proveedor de atención médica para obtener información.

² Todos los antecedentes de varicela/viruela DEBEN ser verificados/diagnosticados por un proveedor de atención médica (médico, enfermera profesional, asistente médico, enfermera certificada) y la documentación DEBE incluir el mes y el año de la enfermedad.

³ La cantidad de dosis es determinada según la marca comercial utilizada.



INSTRUCCIONES DEL CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Este formulario reemplaza a todos los formularios fechados antes del 24 de febrero de 2009. Este Certificado Universal de Salud del Distrito de Columbia (*District of Columbia Universal Health Certificate, DCUHC*) se usará para ingresar a Centros de Cuidado Infantil, a Head Start y a las escuelas públicas, privadas y parroquiales del DC.

Excepción: No puede usarse para reemplazar los formularios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (*Early and Periodic Screening Diagnostic and Treatment, EPSDT*) ni al formulario de Evaluación de Salud Dental del Departamento de Salud. El DCUHC fue creado por el Departamento de Salud del DC y observa las pautas de la Academia Americana de Pediatría (*American Academy of Pediatrics, AAP*) para la asistencia médica preventiva infantil y adolescente; desde recién nacidos hasta los 21 años de edad. Este formulario es un documento confidencial, el cual cumple con los requisitos de la *Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996* (HIPAA) para los proveedores de asistencia médica, y con la *Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974* (FERPA) para las instituciones educativas.

Instrucciones generales: Por favor, use un bolígrafo negro para completar este formulario.

Parte 1: Información personal sobre el niño(a):

Padre de familia o guardián: Por favor, complete toda la información personal sobre su hijo(a) incluyendo el apellido, primer y segundo nombre, fecha de nacimiento y sexo del niño(a). También incluya su nombre, número de teléfono, dirección de su casa, el Ward en el cual se encuentra su casa, y el nombre y número de teléfono de un contacto para emergencias en caso que no puedan comunicarse con usted. Proporcione el nombre de la escuela o del centro de cuidado infantil. Marque el casillero que describe el tipo de cobertura del seguro médico de su hijo(a). Si el tipo de cobertura del seguro médico de su hijo(a) no se encuentra en la lista, marque "otro" y escriba el tipo de cobertura en el espacio correspondiente. Escriba el nombre del médico (doctor) principal de su hijo(a). Si su hijo(a) no tiene un médico principal (de cabecera), escriba "ninguno" en el espacio correspondiente. **Este formulario no estará completo sin la firma del padre de familia o guardián en la Parte 5.**

Parte 2: Historia clínica del niño(a), exámenes y recomendaciones: (Debe ser completado por el proveedor de atención médica). Marque todos los casilleros que correspondan.

- **Fecha del examen de salud:** Todos los niños deben someterse a un examen físico de un médico o enfermera profesional acreditada en conformidad con las Pautas de la Academia Americana de Pediatría (AAP). La fecha ingresada aquí debe indicar la fecha del examen.
- **PESO:** El peso de niño(a) ya sea en libras (LBS) o en kilogramos (KG); **ALTURA:** La altura del niño(a) ya sea en pulgadas (PLG) o en centímetros (CM).
- **PRESIÓN SANGUÍNEA:** Si el niño tiene tres años de edad o más, escriba el valor de la presión sanguínea en el casillero y marque si es normal o anormal. Si es anormal, proporcione una explicación y resolución en la Parte 2: Sección A:
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Si el niño tiene 2 años de edad o más, se tiene que calcular y registrar el IMC incluyendo el percentil.
- **HEMOGLOBINA (HGB)/HEMATOCRITO (HCT):** El análisis de Hemoglobina (HGB) o Hematocrito (HCT) es obligatorio para los niños de Head Start. Asimismo, se recomienda el control de anemia para las adolescentes que menstrúan según las pautas de la AAP. Registre el nivel sanguíneo e indique qué análisis se llevó a cabo haciendo un círculo en HGB, HCT o en ambos.
- **PROBLEMAS DE SALUD:** El proveedor de asistencia médica debe llevar a cabo los siguientes exámenes de salud: asma, convulsiones, diabetes, trastornos del lenguaje, del desarrollo/del comportamiento u otros trastornos que puedan implicar necesidades especiales de asistencia médica". Para cualquiera de los exámenes de salud donde existan "PROBLEMAS DE SALUD", el proveedor de asistencia médica debe marcar el casillero indicando que se ha llevado a cabo la debida referencia o que el niño(a) está siendo tratado actualmente (prescripción médica) para el problema mencionado. Si **NO** hay **NINGÚN** "PROBLEMA DE SALUD", entonces marque el casillero que dice "NO" o "Ninguno" en cada área de control de salud.
- **NOTA ESPECIAL:** "Visita anual al dentista": Para los niños de tres años de edad y mayores, el proveedor de asistencia médica debe indicar si un dentista ha controlado o revisado al niño(a) en los últimos 12 meses. Si la respuesta es "No", el niño(a) deberá ser referido a un dentista.
- **A:** Por favor, anote cualquier historia clínica significativa, condiciones, enfermedades transmisibles y restricciones que puedan afectar la capacidad del niño(a) para realizar una actividad o programa escolar o bien, marque "NINGUNA".
- **B:** Por favor, anote cualquier alergia importante que pueda requerir de asistencia médica de emergencia en una actividad o programa escolar o bien marque "NINGUNA".
- **C:** Por favor, anote cualquier medicamento a largo plazo, medicamentos de venta libre o requisitos de cuidado especial en una actividad o programa escolar o bien marque "NINGUNO".
- **NOTA ESPECIAL:** Por favor, anote cualquier medicamento o tratamiento requerido en una actividad o programa escolar en la Parte 2: Sección C y complete una Orden de Autorización de Medicación del Médico y adjúntela al certificado de salud.

Parte 3: Evaluación y análisis de riesgo de tuberculosis y de exposición al plomo

- **EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS (TB):** Se debe llevar a cabo una evaluación de riesgo de TB según se define en las Recomendaciones de la Prueba Cutánea de Tuberculina de la AAP para bebés, niños y adolescentes en el LIBRO ROJO de la AAP de 2006 (*AAP Tuberculin Skin Test Recommendations for Infants, Children and Adolescents in the 2006 AAP RED BOOK, 27th Ed., página 682*). Los reglamentos actuales del DC requieren una Prueba Cutánea de Tuberculina (*Tuberculin Skin Test, TST*) para todos los niños que ingresan a cuidado infantil o a la escuela; cualquiera ocurra en primer lugar. La TST también es obligatoria para todos los niños que son evaluados como niños con **ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN**. Por favor, anote la prueba y marque el resultado de la misma (negativo o positivo). Si la TST es positiva, entonces marque el resultado de la radiografía de tórax (CXR, en inglés) y si el niño(a) recibió tratamiento. **Se deben informar todas las pruebas cutáneas de tuberculina (TSTs) positivas al Programa de Control de Tuberculosis (T.B.) del DC al 202-698-4040.**
- **RIESGOS DE EXPOSICIÓN AL PLOMO:** La ley del DC requiere que se hagan análisis a todos los niños de 6 a 14 meses de edad y nuevamente entre los 22 y los 26 meses de edad. La ley del DC asimismo requiere que si un niño(a) tiene más de 26 meses de edad y aún no se ha hecho un análisis de detección de plomo, el niño(a) deberá ser examinado dos veces antes de cumplir 6 años de edad. Por favor, haga constar tanto la "Fecha" como el "Resultado" del análisis de plomo más reciente. Por favor, indique si los resultados están "Pendientes". Los resultados "pendientes" serán válidos por dos meses a partir de la fecha del análisis y no harán que el niño sea excluido de la actividad o programa escolar. **Los laboratorios deben reportar electrónicamente TODOS los análisis de detección de plomo al Programa de Prevención del Envenenamiento Infantil por Plomo del DC. Para obtener instrucciones detalladas, llame al 202-654-6036/6037. Los proveedores pueden enviar los resultados por fax al: 202-481-3770.**

Parte 4: Certificación y firma requerida del proveedor (médico o enfermera profesional):

El proveedor responderá marcando "Sí" o "No" en las siguientes declaraciones:

El niño(a) fue debidamente examinado(a) con una revisión de la historia clínica;

El niño(a) está autorizado(a) para hacer deportes competitivos (en base a la evaluación y de acuerdo con la Evaluación Física Previa a la Participación de la AAP, 2^{da} Ed. (1997); y el niño(a) ha recibido los exámenes acordes a su edad (de acuerdo con las pautas de la AAP y el EPSDT) dentro del año en curso. Si marca "No", explique el motivo en el espacio correspondiente. Toda información se mantendrá bajo confidencialidad.

Parte 5: Firmas requeridas del padre de familia/guardián. (Divulgación de la Información de Salud)

El padre de familia o guardián debe escribir su nombre en letra de imprenta; poner su firma y la fecha. Al firmar esta sección, el padre de familia o guardián autoriza al proveedor de salud a compartir la información de salud en este formulario con la escuela, centro de cuidado infantil, campamento del niño(a) o la agencia gubernamental del DC que corresponda.

CÉRTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Parte 6: INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN

Instrucciones generales: Por favor, use un bolígrafo negro para completar el formulario.

Información personal del niño(a)/estudiante: Escriba en letra de imprenta clara el apellido, nombre y segundo nombre/inicial del niño(a)/estudiante. Ingrese la fecha de nacimiento como día/mes/año. Indique el sexo del niño(a)/estudiante marcando femenino o masculino. Indique el nombre de la escuela o centro de cuidado infantil al que el niño(a) asiste.

Sección 1: Información de vacunación: Ingrese de manera clara la fecha (día/mes/año) en que se administró la(s) vacuna(s) o adjunte una copia equivalente con la firma del proveedor y la fecha. En conformidad con la Ley 3-20 del DC, "Inmunización de los Estudiantes Escolares de 1979" y con los Reglamentos Municipales del Distrito de Columbia (DCMR) Título 22, Capítulo 1 (revisado el 2 de mayo de 2008), las siguientes vacunas son obligatorias.

Instrucciones: Encuentre la edad del niño(a)/estudiante en la columna que dice "Edad actual del niño(a)". Lea a lo largo de la hilera para ver cada vacuna obligatoria. El número en el casillero es el número de dosis requerido para esa vacuna en base a la edad ACTUAL o al nivel de grado del niño(a). El rango de edad en la columna no significa que el niño(a) tenga tiempo hasta cumplir la edad máxima de ese rango de edad para cumplir con lo establecido. Cualquier niño(a) cuya edad se encuentre dentro de ese rango debe haber recibido el número de dosis requerido en base a su edad ACTUAL a fin de cumplir con lo establecido.

Tipos de vacuna y número de dosis requerido para los niños matriculados en los Programas de Cuidado Infantil, ²											
Edad actual del niño(a)		Difteria, Tétano y Tos Ferina	Poliomielitis ⁶	Haemophilus Influenza Tipo B ⁷	Sarampión, Paperas y Rubeola ⁸	Varicela ⁹	Hepatitis B ¹⁰	Hepatitis A ¹¹	Neumocócica ¹²	Antimeningocócica	Virus del Papiloma Humano
Menos de 2 meses		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2-3 meses		1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
4-5 meses		2	2	2	0	0	2	0	2	0	0
6-11 meses		3	3	2/3	0	0	3	0	3	0	0
12-14 meses		3	3	3/4	1	1	3	1	4	0	0
15-23 meses		4	3	3/4	1	1	3	1	4	0	0
24-47 meses		4	3	3/4	1	1	3	2	4	0	0
48-59 meses		5 ³	4 ⁶	3/4	2	2	3	2	4	0	0
Tipos de vacuna y número de dosis requerido para niños matriculados en Escuelas Públicas, Chárter, Parroquiales y Privadas ¹ ,											
Nivel de grado		Difteria, Tétano y Tos Ferina	Poliomielitis ⁶	Haemophilus Influenza Tipo B ⁷	Sarampión, Paperas y Rubeola ⁸	Varicela ⁹	Hepatitis B ¹⁰	Hepatitis A ¹¹	Neumocócica	Antimeningocócica	Virus del Papiloma Humano
Grado	(No asignado)										
Grados K-5	(5-10 años)	5 ³ ,4	4	0	2	2	3	2	0	0	0
Grados 6-12	(11-+ de 18 años)	6 ⁴ ,5	4	0	2	2	3	2	0	1	3

¹**Espaciado:** Las dosis deben tener un espacio de tiempo apropiado y se deben administrar a la edad adecuada. Las dosis de vacunas que son administradas hasta 4 días antes de un intervalo mínimo o edad se consideran como válidas. Excepción: Dos vacunas de virus vivos que no se administran en el mismo día, deben estar separadas por un mínimo de 28 días.

²**Exenciones:** Se pueden otorgar exenciones médicas de vacunaciones por motivos válidos con la debida autorización del proveedor de atención médica (Sección 2). Es posible obtener pruebas serológicas de inmunidad en lugar de las vacunaciones (Sección 3). Se debe presentar una copia del informe de laboratorio a la escuela o al centro de cuidado infantil. El padre de familia/guardián debe presentar documentación para las exenciones religiosas a la escuela/centro de cuidado infantil.

³**Difteria, tétanos y tos ferina (DTP/DTaP):** Se requieren cinco (5) dosis de DTP/DTaP a los 4 años de edad para el ingreso escolar a menos que la 4^a dosis se haya administrado a los 4 años o después. El intervalo entre la 4^a y la 5^a dosis de DTP/DTaP debe ser de 6 meses.

⁴**Tétanos y difteria/Tétanos, difteria y tos ferina (Td/Tdap):** Se requieren tres (3) dosis de Td si las series primarias comenzaron después de los 7 años de edad. Si es mayor de 11 años de edad, una de las tres dosis debe ser la dosis de la vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina (Tdap). Se requiere el refuerzo de la vacuna Tdap cinco años después de la última dosis de la vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina. El refuerzo de la vacuna Td se requiere cada 10 años.

⁵**Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap):** El estudiante debe cumplir el requisito previo mínimo para la 4^a o 5^a dosis de la vacuna DTP/DTaP y tener una (1) dosis de Tdap.

⁶**Poliomielitis:** Se requieren cuatro dosis a la edad de 4 años para el ingreso escolar, a menos que se administre la tercera dosis de un programa completo de vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV, en inglés) o de vacuna oral contra la poliomielitis (OPV, en inglés) a los 4 años de edad o después, en el cual solo se necesitan 3 dosis. Sin embargo, si se empleó un programa secuencial o combinado de IPV/OPV, se requieren cuatro dosis para completar la serie primaria. La vacuna contra la poliomielitis por lo general no se administra a estudiantes mayores de 18 años de edad.

⁷**Haemophilus Influenza Tipo B (HIB):** El número de dosis primarias se determina según el producto (la vacuna) y la edad en la que se inicia la serie. La última dosis de Hib se debe administrar a los 12 meses de edad o después, sin embargo, si se administra solamente una (1) dosis, esta se debe administrar a los 15 meses de edad o después. La vacuna no es obligatoria para los estudiantes de 5 o más años de edad.

⁸**Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR):** La segunda dosis se requiere a los 4 años de edad. La primera dosis se debe administrar al cumplir un año de edad o después. La segunda dosis se debe administrar un mes después de la primera dosis. Las vacunas MMR y contra la Varicela se deben administrar el mismo día o por separado con un espacio de 28 días.

⁹**Varicela:** La segunda dosis se requiere a los 4 años de edad. La primera dosis se debe administrar al cumplir un año de edad o después. Si la primera dosis se administra entre los 12 meses y los 12 años de edad, la segunda dosis se administra 3 meses después de la primera dosis; si la primera dosis se administra antes de los 13 años de edad, la 2^a dosis se puede administrar un mes después de la primera dosis. La vacuna contra la varicela no es obligatoria para un estudiante que tiene antecedentes de la enfermedad verificados por un proveedor de atención médica y la documentación debe incluir el mes y el año de la enfermedad.

¹⁰**Hepatitis B:** Si se administra la vacuna monovalente contra la hepatitis B junto con una vacuna combinada, es decir, DTaP-IPV-Hepatitis B, cuatro dosis de hepatitis B es aceptable; sin embargo, la 3^a o 4^a dosis se debe administrar a la edad de 24 semanas o después y al menos 8 semanas después de la dosis anterior. Si se administra la vacuna monovalente contra la hepatitis B, la 3^a dosis se debe administrar al menos 16 semanas después de la primera dosis y al menos 8 semanas después de la 2^a dosis. Para los estudiantes de 11 a 15 años de edad, se acepta una constancia clara de la vacuna (Recombivax) contra la hepatitis B para adultos de 2 dosis.

¹¹**Hepatitis A:** Se requiere para los estudiantes que nacieron el 1 de enero de 2005 o después de dicha fecha.

¹²**Neumocócica:** El número de dosis de la vacuna neumocócica requerida depende de la edad actual del estudiante y la edad en la que se le administró la primera dosis. Administre 1 dosis a niños sanos de 24 a 59 meses de edad que no tengan todas las vacunas completas para su edad. La vacuna no es obligatoria para los estudiantes de 5 o más años de edad. ¹³**Antimeningocócica:** Es obligatoria a la edad de 11 años de edad o más.

¹⁴**Virus del Papiloma Humano (VPH):** Es obligatoria para los estudiantes que ingresan a sexto grado por primera vez. Se debe proporcionar al padre de familia/guardián información concerniente al virus del papiloma humano (VPH) y a la vacuna contra el VPH. El padre de familia/guardián debe firmar un formulario aprobado por el Departamento de Salud para "Negarse a recibir la vacuna".

Sección 2: Exención médica: Complete esta sección si existe una contraindicación médica que impide que el niño(a) reciba una o más vacunas de manera oportuna en conformidad con la Ley 3-20 del D.C. y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP*). Marque todas las vacunas contraindicadas y proporcione el motivo de la contraindicación. Si la exención médica es permanente, marque el espacio correspondiente. Si la exención médica es temporal, marque el espacio correspondiente e ingrese la fecha en que caduca. El proveedor médico debe firmar, escribir su nombre en letra de imprenta o sello y fechar esta sección.

Sección 3: Prueba alternativa de inmunidad: Complete esta sección si se usaron pruebas serológicas de inmunidad como prueba de inmunidad. Marque la(s) vacuna(s) para las cual(es) se obtuvieron pruebas de inmunidad. Adjunte una copia de los resultados de la prueba de inmunidad. El proveedor médico debe firmar, escribir su nombre en letra de imprenta o sello y fechar esta sección.



CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Parte 1: Información personal del niño Padre de familia/Guardián: Complete la Parte 1 claramente y por completo y firme la Parte 5 abajo.

Formulario for personal information including fields for name, date of birth, sex, race, address, phone, and insurance.

Parte 2: Historia clínica del niño(a), exámenes y recomendaciones Proveedor de salud: El formulario debe estar totalmente completo.

Formulario for medical history including fields for weight, height, blood pressure, vision, hearing, and various health problems like asthma and diabetes.

A. Historia clínica significativa, condiciones, enfermedades transmisibles, o restricciones que puedan afectar la escuela, cuidado infantil, deportes o campamento del niño(a).

NINGUNA SI, sírvase detallar:

B. Alergia significativa a alimentos/medicamentos/ambiente que pueda requerir atención médica de emergencia en la escuela, guardería infantil, campamento o actividad deportiva.

NINGUNA SI, sírvase detallar:

C. Medicamentos a largo plazo, medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) o requisitos de cuidado especial.

NINGUNA SI, sírvase detallar (Para cualquier medicamento o tratamiento requerido durante el horario escolar, se debe presentar una Orden de Autorización de Medicación del Médico junto con este formulario)

Parte 3: Evaluación y análisis de riesgo de tuberculosis y de exposición al plomo:

Formulario for TB and lead exposure risk evaluation with fields for TB risk, TST results, and lead exposure risk.

Parte 4: Certificación y firma requerida del proveedor:

Formulario for provider certification and signature, including checkboxes for exam status and signature lines.

Parte 5: Firmas requeridas del Padre de familia/Guardián. (Divulgación de la Información de Salud)

Autorizo al examinador/centro de salud firmante a compartir la información de salud en este formulario con la escuela, centro de cuidado infantil (guardería), campamento de mi hijo(a) o con la Agencia Gubernamental del DC que corresponda.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Nombre del estudiante: _____ / _____ / _____		Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Sexo: Masculino Femenino	Escuela o Centro de Cuidado Infantil: _____	

Sección 1: Vacunación: Por favor, complete o adjunte una copia equivalente firmada y fechada por el proveedor.

VACUNAS	REGISTRE LAS FECHAS COMPLETAS (día, mes, año) DE LAS DOSIS UMINISTRADAS DE LA VACUNA						
	1	2	3	4	5		
Difteria, Tétano, Tos ferina (DTP, DTaP)							
DT (<7 años)/ Td (>7 años.)							
Refuerzo de Tdap							
Haemophilus influenza Tipo b (Hib)							
Hepatitis B (Hep B)							
Poliomielitis (vacuna inactivada (IPV), vacuna oral (OPV))							
Sarampión, Papera, Rubeola (MMR)							
Sarampión							
Papera							
Rubeola							
Varicela			Antecedentes de Varicela: Sí _____ Verificado por: _____ Nombre y cargo (Proveedor de Atención Médica) _____				
Neumocócica conjugada							
Hepatitis A (Hep A) (Nacido el o después del 01/01/2005)							
Vacuna antimeningocócica							
Virus del Papiloma Humano (VPH)							
Influenza (Recomendada)							
Rotavirus (Recomendada)							
Otro							

Firma del Proveedor Médico	Nombre en letra de imprenta o sello	Fecha
----------------------------	-------------------------------------	-------

Sección 2: EXENCIÓN MÉDICA: Solo para uso del Proveedor de Atención Médica.

Certifico que el estudiante que se menciona anteriormente tiene una contraindicación médica válida para ser vacunado en este momento contra: (marque todas las opciones que correspondan) Difteria: () Tétano: () Tos ferina: () Hib: () Hep B: () Poliomieltitis: () Sarampión: () Papera: () Rubeola: () Varicela: () Neumocócica: () Hep A: () Meningocócica: () VPH: ()

Motivo: _____

Esta es una condición permanente () o temporal () hasta el ____/____/____.

Firma del Proveedor Médico	Nombre en letra de imprenta o sello	Fecha
----------------------------	-------------------------------------	-------

Sección 3: Prueba alternativa de Inmunidad. Debe ser completada por el Proveedor de Atención Médica o Funcionario de Salud.

Certifico que el estudiante que se menciona anteriormente tiene evidencia de laboratorio que acredita inmunidad: (Marque todas las opciones que correspondan y adjunte una copia de los resultados de la prueba de inmunidad)

Difteria: () Tétano: () Tos ferina: () Hib: () Hep B: () Poliomieltitis: () Sarampión: () Papera: () Rubeola: () Varicela: ()

Neumocócica: () Hep A: () Meningocócica: () VPH: ()

Firma del Proveedor Médico	Nombre en letra de imprenta o sello	Fecha
----------------------------	-------------------------------------	-------

Formulario de Evaluación de Salud Bucal del Distrito de Columbia (Proveedor de Servicios Dentales)

DC Oral Health Assessment Form (Spanish)



Instrucciones para el Padre de Familia/Guardián:

Parte 1: Complete todas las secciones incluyendo la raza o el origen étnico del niño(a). Indique el ward (distrito municipal) donde vive, enumere el proveedor de atención primaria, el proveedor de servicios dentales y el tipo de cobertura del seguro dental. Si el niño(a) no tiene un proveedor de servicios dentales y no cuenta con un seguro dental, entonces escriba "Ninguno" en cada casillero.
Parte 2: Al firmar esta sección, el padre de familia o guardián autoriza al dentista o al centro odontológico a compartir la información de salud bucal en este formulario con la escuela, guardería, campamento del niño(a)s, con el Departamento de Salud o con la entidad que solicite este documento. Toda información se mantendrá en confidencialidad. Este formulario no estará completo si no está firmado por el padre de familia/guardián. El padre de familia/guardián debe firmar, completar en letra de imprenta y fechar esta parte.

Parte 1: Información Personal del niño(a) (debe ser completada por el padre de familia/guardián)

Apellido del niño(a):	Primer y segundo nombre del niño(a):	Fecha de nacimiento: DÍA/MES/AÑO	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Escuela o Centro de Cuidado Infantil: Grado:
Nombre del padre de familia/guardián 1:	Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Tel. Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Dirección particular:		Ward:
Nombre del padre de familia/guardián 2:	Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Tel. Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Contacto de emergencia:	Teléfono:	
Raza u Origen étnico: <input type="checkbox"/> Blanco No Hispano <input type="checkbox"/> Negro No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro				
Proveedor de atención primaria (Médico):	Dentista/Proveedor de Servicios Dentales:	Tipo de seguro dental: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro		

Parte 2: Firmas requeridas del padre de familia/guardián

Autorización del padre de familia/guardián para la divulgación de información de salud.	
Autorizo al examinador firmante o al centro de salud a compartir la información de salud en este formulario con la escuela, la guardería o campamento de mi hijo(a) o con el Departamento de Salud.	
NOMBRE del padre de familia/guardián EN LETRA DE IMPRENTA:	FIRMA del padre de familia/guardián:
Fecha:	
Instrucciones del Proveedor de Servicios Dentales:	
Parte 3: Haga un círculo en "Sí" o "No" en la columna de hallazgos. Para la respuesta "Sí", explique en la Sección de Comentarios.	
Parte 4: Indique si el niño(a) ha sido examinado(a) apropiadamente y si el tratamiento está completo. Si el tratamiento está incompleto refiera el paciente para que reciba cuidado de seguimiento. El dentista debe firmar, fechar y proporcionar la información requerida.	

Parte 3: Hallazgos en el niño(a) y recomendaciones para los padres de familia (indique en la columna de hallazgos)

FORMULARIO CONFIDENCIAL

Hallazgos	Comentarios
Inflamación gingival	S N
Placa y/o sarro	S N
Inserciones gingivales anormales	S N
Maloclusión	S N
Caries dentales tratadas	S N
Caries dentales no tratadas	S N <input type="checkbox"/> Marque el casillero si es urgente
Selladores en molares permanentes	S N
Labio y paladar leporino	S N
Servicios preventivos completos	S N ¿Qué tipo de servicios preventivos se llevaron a cabo? <input type="checkbox"/> Profilaxis <input type="checkbox"/> Flúor <input type="checkbox"/> Higiene bucal

Parte 4: Evaluación final/Firmas requeridas del proveedor de servicios

El niño(a) ha sido examinado(a) apropiadamente. El tratamiento <input type="checkbox"/> está completo <input type="checkbox"/> no está completo <input type="checkbox"/> está en tratamiento <input type="checkbox"/> se negó a recibir tratamiento <input type="checkbox"/> no es necesario. El niño(a) tiene necesidades actuales de tratamiento <input type="checkbox"/> urgente <input type="checkbox"/> no urgente y está siendo tratado por mí o <input type="checkbox"/> ha sido referido a:			
Firma del Dentista (DDS/DMD):	Nombre en letra de imprenta:		
Dirección:	Fax:	Teléfono:	Fecha:

Certificado de Salud del Distrito de Columbia:

Este Formulario reemplaza a la versión previa del Formulario de Evaluación de Salud Bucal del Distrito de Columbia (Proveedor de Servicios Dentales) que se usa para ingreso a las Escuelas del DC, a todos los programas Head Start, programas de cuidado infantil, campamentos, todos los programas escolares, participación en deportes y atletismo, o cualquier otra actividad del Distrito de Columbia que requiera un examen físico. Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del DC y observa las Pautas de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD) sobre los Exámenes de Salud Bucal Obligatorios para el ingreso Escolar. La AAPD recomienda que el niño(a) se haga un examen bucal cada 6 meses de la erupción del primer diente y a más tardar cuando cumple el primer año de vida. El Departamento de Salud del DC recomienda que los niños de 3 años de edad y más se sometan a un examen de salud bucal por un dentista profesional y tengan su Formulario de Salud Bucal del DC completo. Este formulario es un documento confidencial. La confidencialidad en adhesión a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) es para proveedores de salud, y a la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) para las Escuelas del DC y otros proveedores.